



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2015

---

## **Lidschlussinsuffizienz bei Fazialisparese: Was ist zu tun?**

Armbruster-Kordic, Helena

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-111473>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Armbruster-Kordic, Helena (2015). Lidschlussinsuffizienz bei Fazialisparese: Was ist zu tun? Ophthalmologie, 27:69-84.

# Lidschlussinsuffizienz bei Fazialisparese: Was ist zu tun?

Erfahrene Operateure antworten

→ Wie lösen Operateure bestimmte Fragestellungen in der ophthalmochirurgischen Praxis? Um den Lesern ein Meinungsspektrum zu bieten, führt die Zeitschrift OPHTHALMO-

CHIRURGIE regelmäßig Umfragen bei erfahrenen Operateuren durch. Die Fragestellung lautet dieses Mal: „Was ist zu tun bei Lidschlussinsuffizienz bei Fazialisparese?“

## Das Hauptziel ist der Schutz der Hornhaut – viele Wege führen ans Ziel

Helena Armbruster-Kordic  
Zürich

→ Bei der Evaluation verschiedener therapeutischer Möglichkeiten bei einer Fazialislähmung ist aus ophthalmologischer Sicht die Frage nach der Ursache und einer möglichen Erholung wichtig. Die Antwort darauf beeinflusst das weitere Prozedere, insbesondere, ob konservativ oder chirurgisch vorgegangen werden soll. Egal, für welchen Weg man sich entscheidet: Das Ziel ist vor allem eine gute Befeuchtung und der Schutz der Hornhaut.

### Die konservative Therapie

Bei einer konservativen Therapie ist vor allem die regelmäßige Applikation befeuchtender Augentropfen und -salben sehr

wichtig. Wie häufig diese appliziert werden müssen, hängt vom Ausmaß des Lagophthalmus, dem Vorhandensein eines Bell-Phänomens, dem Zustand der Hornhaut und den subjektiven Beschwerden der Patientin ab. Ein Uhrglasverband wird häufig nachts zusätzlich angelegt, um eine feuchte Kammer zu schaffen (Abbildung 1). Liegt eine Pflasterallergie vor, so ist dies leider nicht möglich – das kann die Entscheidung für eine Operation mit beeinflussen.

Ist die Patientin mit der konservativen Therapie zufrieden und möchte sich nicht operieren lassen, so ist dies absolut vertretbar, solange die Hornhautbefeuchtung damit gewährleistet ist.

### Wann soll man operieren?

Ist mit einer Erholung der Fazialislähmung zu rechnen, sollte man sich eher für ein konservatives oder minimalinvasives Vorgehen entscheiden. Neben der lokal befeuchtenden Therapie gibt es auch die Möglichkeit einer Botox-Ptosis, welche bei einer sehr trockenen oder bereits ulzerierten Hornhautoberfläche helfen kann und reversibel ist [5].

Handelt es sich um eine postoperativ aufgetretene Fazialislähmung, insbesondere nach einem Eingriff im Bereich der Glandula parotis oder der Vestibularisregion, ist die Kommunikation mit der ursprünglichen Operateurin sehr wichtig, da diese das Erholungspotential der Lähmung am besten einschätzen kann.

Ist definitiv nicht mehr mit einer Erholung der Fazialislähmung zu rechnen, wird man sich eher für ein operatives Vorgehen entscheiden.



Abbildung 1: Liegt keine Pflasterallergie vor, kann nachts ein Uhrglasverband angelegt werden, um eine feuchte Kammer zu schaffen.

## Unterschiedliche Operationsmethoden – je nach Ausgangssituation

Wichtigstes Ziel der chirurgischen Therapie ist – ähnlich wie bei der konservativen Therapie – die Verbesserung der Oberflächenbefeuchtung des Auges. Zusätzlich sollte jedoch, falls möglich, auch eine kosmetische Verbesserung angestrebt werden. Man darf den Patienten nicht versprechen, dass sie nach einem Eingriff gar keine befeuchtenden Tropfen oder Salben benutzen müssen. Dies kann auch postoperativ in einem geringeren Ausmaß noch notwendig sein. Eine vollständig physiologische Wiederherstellung des Lidschlusses ist, unabhängig von der Operationsmethode, nicht möglich – die Lähmung bleibt bestehen.

### Tarsorrhaphie

Eine Möglichkeit ist die Tarsorrhaphie, mit der die Lidspalte verkleinert wird. Das führt zu einer Verbesserung der Befeuchtung, da die Evaporation des Tränenfilms durch Verringerung der exponierten Augenoberfläche reduziert wird. Eine

temporäre Tarsorrhaphie kann zum Beispiel auch bei einer noch intubierten Patientin auf einer Intensivstation am Bett durchgeführt werden, um die Zeit bis zu einer definitiven Operation zu überbrücken.

Der Nachteil insbesondere bei einer permanenten Tarsorrhaphie ist die kosmetisch sichtbare Verkleinerung der Lidspalte, und der Lidschluss bleibt insuffizient wie zuvor.

### Implantation eines Gold- oder Platingewichts

Wann immer möglich, entscheide ich mich für die Implantation eines Gold- oder Platingewichts ins Oberlid – dies vor allem, wenn eine Erholung der Fazialislähmung nicht mehr wahrscheinlich ist. Für diesen Eingriff braucht es natürlich sterile Operationsbedingungen. Durch das Gewicht kommt es zu einem verbesserten Lidschluss (Abbildungen 2 a–d).

### Laterale Kanthopexie

Zusätzlich zur Operation am Oberlid kann man zur Straffung des Unterlides eine laterale Kanthopexie durchführen. Dies kann die Epiphorabeschwerden lindern, welche nicht nur



Abbildung 2a: Fazialislähmung; Zustand präoperativ.



Abbildung 2b: Zustand postoperativ nach Implantation eines Goldgewichts und lateraler Kanthopexie.

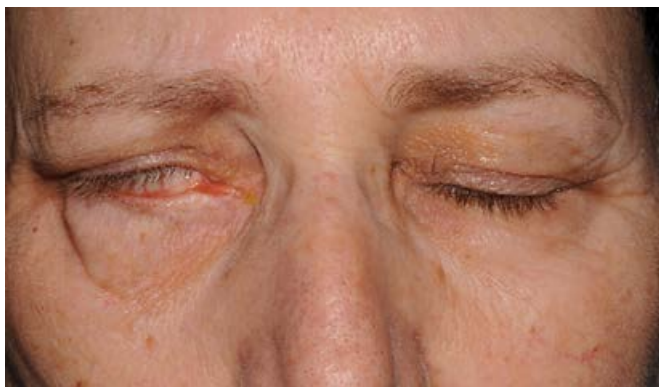


Abbildung 2c: Lidschlussinsuffizienz nach Fazialislähmung, Zustand präoperativ.



Abbildung 2d: Zustand postoperativ nach Implantation eines Goldgewichts und lateraler Kanthopexie: Der Lidschluss gelingt wieder.

durch ein Befeuchtungsproblem entstehen, sondern auch durch die Erschlaffung des Unterlides und die somit verringerte Pumpfunktion desselben.

### Unterlidelevation

Möchte man das Unterlid zusätzlich anheben, kann man auch eine Unterlidelevation durchführen. Hierfür verwende ich in der Regel Donor-Sklera, welche von konjunktival eingenäht wird (Abbildung 3).

### Brauensuspension

Bei einer Fazialislähmung kann auch gleichzeitig eine Brauentosis auftreten. Falls diese ausgeprägt ist und eine Gesichtsfeldeinschränkung verursacht, kann eine direkte Brauensuspension durchgeführt werden. Eine zusätzliche Blepharoplastik sollte man eher vermeiden, um die Befeuchtung des Auges nicht zu verschlechtern.

### Das Gold- oder Platingewicht: Worauf sollte man achten?

Ob ein Gold- oder Platingewicht benutzt wird, hängt von der Verfügbarkeit und Präferenz der Chirurgen ab. Das Goldgewicht ist etwas größer, das Platingewicht etwas teurer. Bei den Platingewichten sind auch flexible Ketten verfügbar, welche sich der Oberfläche des Tarsus besser anpassen und dadurch weniger Astigmatismus verursachen sollen [2].

Ich habe mit beiden Gewichten gute Erfahrungen gemacht. Das Platingewicht scheint mir aufgrund der kleineren Größe und Dicke vor allem sinnvoll bei sehr feinen, fragilen Lidern mit dünnen Gewebsschichten, so dass postoperativ weniger Prominenz durch das implantierte Gewicht verursacht wird. [3].



Abbildung 3: Unterlidelevation mittels von konjunktival eingenähter Donor-Sklera.

### Ausmessen des Gewichts

Bei der Implantation sind folgende Dinge zu beachten: Man sollte präoperativ immer ausmessen, wieviel Gewicht eingenäht werden soll [1]. Bei absehbarem intraoperativem Fazialisverlust jedoch kann das Gewicht nicht vorher ausgemessen werden. Aus diesem Grund halte ich eine gleichzeitige Gewichtsimplantation in solchen Fällen eher für ungünstig, da ein erhöhtes Risiko für eine postoperative Über- oder Unterkorrektur besteht.

Für das Ausmessen gibt es von den Herstellern Probiersets aus Titan, oder man kann sich selbst ein Set mit Gold- oder Platingewichten zusammenstellen (Abbildung 4a: Goldgewichte; Abbildung 4b: Titangewichte). Ich entscheide mich in der Regel für das kleinstmögliche Gewicht, welches zu einem annähernd vollständigen Lidschluss führt. Wird dadurch eine leichte Ptosis verursacht, nehme ich das in Kauf, solange die Sehachse frei ist. Es ist sozusagen ein ‚Kompromiss‘: Das Lid schließt besser und hängt dafür etwas tiefer.



Abbildung 4: Goldgewichte von 0,8 g bis 1,4 g (a); Titangewichte von 0,8 g bis 1,8 g zum präoperativen Ausmessen (b)



### Implantat tief positionieren und am Tarsus fixieren

Das Implantat soll immer am Tarsus festgenäht werden. Es kann sonst mit der Zeit wandern. Ich verwende in der Regel einen Prolene 5,0 Faden. Zusätzlich sollte man das Implantat möglichst tief positionieren, so dass es mithilft, den Lidschluss zu verbessern. Wird es zu hoch angesetzt, kann es sogar das Gegenteil bewirken und in liegender Position des Patienten dazu beitragen, dass das Oberlid „nach hinten“ kippt und das Auge offenbleibt.

Nach Jahren, insbesondere bei dünnen Gewebsschichten, kann es zu einer Extrusion des Gold- oder Platingewichtes durch die Haut nach außen kommen (Abbildung 5) [4]. Ich habe schon einige Goldgewichte entfernt, die bereits vor Jahrzehnten implantiert worden waren. Um die Infektgefahr zu minimieren, empfehle ich, erst in einem zweiten Eingriff

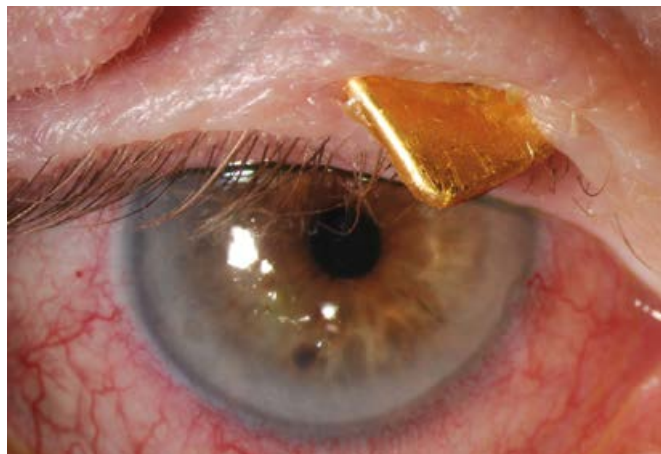


Abbildung 5: Extrudiertes Goldgewicht

wieder ein Gewicht einzunähen, falls dies gewünscht ist. Man sollte also bei der Implantation darauf achten, dass das Gold-/Platingewicht einerseits am Tarsus fixiert wird, um eine Migration zu verhindern, aber auch darauf, dass das Gewicht gut bedeckt ist mit M. orbicularis und Haut, um eine Extrusion zu verhindern.

### Literatur

1. Aggarwal E, Naik MN, Honavar SG (2007) Effectiveness of the gold weight trial procedure in predicting the ideal weight for lid loading in facial palsy: a prospective study. *Am J Ophthalmol* 143: 1009–1012; Epub 2007 Apr 20
2. Berghaus A, Neumann K, Schrom T (2003) The platinum chain: a new upper-lid implant for facial palsy. *Arch Facial Plast Surg* 5: 166–170
3. Bladen JC, Norris JH, Malhotra R (2012) Cosmetic comparison of gold weight and platinum chain insertion in primary upper eyelid loading for lagophthalmos. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 28: 171–175; doi: 10.1097/IOP.0b013e3182467bf7
4. Bladen JC, Norris JH, Malhotra R (2012) Indications and outcomes for revision of gold weight implants in upper eyelid loading. *Br J Ophthalmol* 96: 485–489; doi: 10.1136/bjophthalmol-2011-300732; Epub 2011 Oct 27
5. Sadiq SA, Downes RN (1998) A clinical algorithm for the management of facial nerve palsy from an oculoplastic perspective. *Eye (Lond)* 12 (Pt 2): 219–223



Korrespondenzadresse

Dr. med. Helena Armbruster-Kordic  
Klinische Dozentin (KD)  
Augenklinik Universitätsspital Zürich  
Frauenklinikstrasse 24, CH-8091 Zürich  
Helena.Armbruster-Kordic@usz.ch

Die Umfrage wird auf Seite 75 fortgesetzt →

**Kaden-Bücher sehen und bestellen**  
**auch online:**  
**[www.kaden-verlag.de](http://www.kaden-verlag.de)**

